



HAL
open science

Implantologie et information du patient : étude qualitative sur les connaissances des patients sur leur prise en charge implantaire au sein du CHU et d'un cabinet privé de Limoges

Aurélie Boirleaud

► To cite this version:

Aurélie Boirleaud. Implantologie et information du patient : étude qualitative sur les connaissances des patients sur leur prise en charge implantaire au sein du CHU et d'un cabinet privé de Limoges. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02958959

HAL Id: dumas-02958959

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02958959>

Submitted on 6 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2020

Thèse n° 50

THESE POUR L'OBTENTION DU

**DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE
DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement

Par **BOIRLEAUD Aurélie**

Née le 16 juillet 1994 à Limoges (87)

Le 23 septembre 2020

IMPLANTOLOGIE ET INFORMATION DU PATIENT : ÉTUDE
QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR
LEUR PRISE EN CHARGE IMPLANTAIRE AU SEIN DU CHU ET D'UN
CABINET PRIVÉ DE LIMOGES

Sous la direction de : Cédric FALLA

Membres du jury :

Mme le Professeur DUPUIS Véronique
M. le Docteur FALLA Cédric
M. le Professeur CATROS Sylvain
Mme le Docteur LAVIOLE Odile
M. le Docteur CRESTE Guillaume

Présidente
Directeur
Rapporteur
Assesseur
Invité

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
02/12/2019

Président M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice Mme BERTRAND Caroline 58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie Mr DELBOS Yves 56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche M. CATROS Sylvain 57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales M. SEDARAT Cyril 57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPOIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Olivia	KEROUEDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01

M.	Jean-François	PELI	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

Mr	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anais	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Severine	DESCAZEAX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
Mr	Louis	HUAULT	Fonction/dysfonctions, imagerie, biomatériaux	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mr	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Florian	PILEU	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
Mr	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mr	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M	Paul	VITIELLO	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

Remerciements :

À notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Véronique DUPUIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse dentaire – 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury de thèse.

Vos enseignements sont une référence pour nous tous et vous nous avez fait découvrir votre spécialité avec tant d'envie et de simplicité.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

À notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Cédric FALLA

Assistant Hospitalo-Universitaire

Sous-section Prévention épidémiologique – Économie de la santé – Odontologie légale – 56-02

Je vous remercie infiniment d'avoir été mon directeur de thèse. Je vous remercie également pour le temps consacré à m'aider pour réaliser ce travail, j'espère avoir été à la hauteur de vos attentes.

Je tenais également à vous remercier pour votre enseignement clinique sans faille durant mes deux années à Xavier Arnozan, votre énergie, votre bonne humeur, vos conseils et votre grande patience.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mes sentiments les plus sincères.

À notre Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur Sylvain CATROS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie orale – 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté de contribuer à mon travail et de m'avoir accordé du temps précieux.

Je vous remercie pour l'enseignement que vous nous avez apporté en chirurgie orale.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect

À notre Assesseur

Madame le Docteur Odile LAVIOLE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse dentaire – 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse. Merci pour tout votre enseignement et votre investissement au sein de la section. Je tenais tout particulièrement à vous remercier pour l'énergie que vous apportez à notre enseignement clinique, votre temps et votre rigueur. Vos enseignements et votre foi en la perfection imprègnent chacun de mes actes prothétiques.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

À notre Invité

Monsieur le Docteur Guillaume CRESTE

Ancien Assistant Hospitalo-Universitaire - Praticien Hospitalier

Sous-section Prothèse – 58-01

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie infiniment pour votre enseignement clinique délivré lors de ma 6ème année au sein du CHU de Limoges et pour votre aide à la réalisation de cette étude.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

À mes parents, merci de m'avoir élevé dans les meilleures conditions que l'on puisse espérer et de m'avoir apporté toutes les clefs pour réussir dans la vie. Merci de m'avoir soutenu dans les moments les plus difficiles et de m'avoir fait confiance.

Maman, merci de t'être autant investie pour moi durant toutes ces années et qui ont fait que je suis cette personne aujourd'hui. Merci surtout de m'avoir transmis ta passion depuis mon plus jeune âge. Tu es un exemple à suivre pour moi. Ton père, mon grand-père, serait fier en nous voyant au cabinet tous les jours. Hâte d'accrocher mon diplôme aux côtés des vôtres.

Papa, merci de me soutenir depuis tant d'année et de toujours être de bons conseils. Merci de décrocher ton téléphone à pas d'heure quand je t'appelle et de me raisonner en quelques secondes seulement. Merci d'être un super poupou attentionné, rigolo et presque toujours de bonne humeur. À notre futur voyage en Californie, maintenant que c'est écrit et imprimé, tu es obligé !

À Maja, je tiens à te témoigner ici mon amour inconditionnel pour toi, et à te remercier pour tout ce que tu fais pour moi au quotidien. Merci de m'avoir fait manger du poisson tous les jeudis durant cette première année pour entretenir ma mémoire et de m'avoir tant fait de câlins de réconforts. J'ai une chance incroyable de t'avoir à mes côtés, et je ferai tout pour que tu sois fière de moi.

À Mamie, merci pour toutes ces années à t'occuper de moi, notamment pour le hockey, le nombre interminable de fois où tu as serré mes patins, les allers-retours pour que je sois à l'heure à l'entraînement, les deux St-Sylvestre de PACES à travailler dans ton bureau et les petits repas que tu m'as faits pour que je me sente bien. Merci d'être une super mamie active et en forme. À toutes les années qu'il nous reste encore à partager.

À mon frère et ma sœur, à tous nos moments passés ensemble en trio et à toutes les bêtises qu'on a pu faire sans se faire fâcher, ou pas. Je serai toujours meilleure que vous à la chasse aux œufs. Merci d'être mes siblings et de m'avoir montré le chemin.

Antoine, à cette pile que tu as avalée en rentrant du hockey en me disant à quel point c'était rigolo de l'avoir sur la langue et au coup de frein fatidique de maman, à toutes les épaules que tu m'as démisées et à toutes nos compétitions que j'essayais de gagner. J'étais ta petite sœur mais aussi ton petit frère. Sache que tu as toujours été un exemple pour moi. Ai-je surpassé mon maître ?

Alice, merci de m'avoir prêté ton nombril en guise de sonnette tant de fois et de m'avoir fait pleurer de rire avec, à nos cuissons de nouilles sous la douche en rentrant du cheval le mercredi midi, et tous ces moments de complicité partagés. Merci d'être la grande sœur que tu es. Tu es parfaite, aie confiance en toi car tu es une des plus belles personnes que je connaisse.

À Benjamin, mon Behou, il est impossible de te remercier ici assez pour tout ce que tu fais pour moi. Merci d'avoir croisé mon chemin et d'être tombé amoureux de moi à la patinoire. À tout notre amour partagé, à toutes les années qui s'ouvrent à nous et à la construction de notre famille. Merci d'être la personne que tu es au quotidien et de partager ma vie. PQTAM, PLV.

À toute ma famille, mes tantes et oncles et mes cousins cousines, merci d'être ma petite famille chérie. À tous ces moments d'amour et de joie et aux prochains à venir. Merci *Tatane* pour ta relecture assidue, d'être un soutien et un amour sans faille pour moi.

Au Boihoi's gang, vous êtes la meilleure équipe de dentiste au monde. Merci pour toutes ces vacances inoubliables, les fous rires et tout cet amour caché.

À Claire, ma biquette à la tête de chien. À notre coup de foudre dans la cour de Saint-André plan illustré à la main. Merci pour tous ces moments inoubliables passés ensemble, à ce bondour devant le livreur de sushi, à toutes nos aventures les plus folles ensemble, à nos partiels passés en doubles, à la pug room et à notre passion pour les animaux. Toi c'est sûre, tu es la beauf de personne ! Ps : J'espère que tu ranges plus rapidement ton cabinet que ta caisse de TP.

À Lyse, ma colloc adorée et ma binome limougeaude pour la vie. Pour nos 400 coups fait ensemble à Bordeaux et à tous nos futurs moments partagés. Merci de me transmettre ta zénitude à toutes épreuves et de toujours être là pour moi. Tu es mon amie en or massif.

À Ines, merci d'avoir été un de mes piliers durant ces 4 années à Bordeaux. De toujours avoir eu les bons mots pour moi, de m'avoir aiguillée parfaitement. À nos fous rires dans mon lit jusqu'à pas d'heure.

À Pauline, merci de m'avoir protégée toutes ces années et de m'avoir remonté les bretelles plus d'une fois. Tu as été une rencontre essentielle pour moi. Merci aussi à tes bourrages de crâne pré-partiel qui n'ont sauvé la mise plus d'une fois.

À Sacha, je t'apprécie aussi fort que je te déteste, peut-être parce qu'on est pareil au final ? Sauf pour couper le melon ça c'est une certitude ! Merci d'être le seul garçon et d'avoir tenu toutes ces années. À toutes les fois où j'ai voulu avoir raison face à toi. À bientôt pour poser des bagues à mes enfants.

À Margot, pour tous les bons moments que l'on a vécu tous ensemble, des soirées aux voyages sans oublier les révisions et la bonne nourriture.

À Laurène, merci de nous avoir guidé tout au long de cette aventure, d'avoir partagée tous ces moments avec nous et de continuer à les partager. Tu es devenue une vraie amie au fil des années.

À mes binômes merveilleux,

Simon, c'est avec toi que j'ai débuté l'externat. On a partagé notre premier patient. À tous nos moments de panique et de stress face à une PAC, et à madame N qui nous en a fait voir de toutes les couleurs. Grâce à ton calme j'ai su qu'il y avait toujours plus grave dans la vie. Merci d'avoir rendu cette année incroyable.

Juliette, binôme le 1^{er} janvier 2018 devenue amie en or fin août 2018. Tu es l'une de mes meilleures rencontres à Bordeaux, et tu as sauvé ma 5^{ème} année en divorçant. À tous nos fous rires cabinet 16, à toutes tes petites boulettes, à mes RMIPP non cicatrisées et surtout à tous nos moments de complicité et de partage. J'espère que notre amitié ne changera pas.

À Elliott, mon meilleur ami pour la vie. Ennemis au début, et inséparables par la suite. Merci d'être présent à mes côtés malgré la distance. Aux 400 coups que l'on a faits subir à nos mamans, à mon nez en sang en allant à Toulouse (on est arrivé en retard sur la glace d'ailleurs), à la proximité de la clinique Chenieux qui a fait que tu puisses dormir à la maison pour la première fois (merci l'allergie à l'arachide), à la bille d'airsoft, et à notre baseball champignon dans la cuisine. Tu seras toujours mon pilier et mon confident. Reste comme tu es. À Sandrine et Philippe aussi.

À Marie, ma plus vieille amie. À notre photo sur le pot à 4 ans, à nos séances de golf interminables le mercredi après-midi et surtout à cette PACES inoubliable à tes côtés pour tous les fous rires que l'on a partagés à ce troisième rang. À tes mains de chirurgiens (oui je t'avais bien entendu ce jour-là). Nos plus belles années à vivre ensemble sont devant nous.

À Anna, mon binôme de la glace depuis mes 4 ans. Merci de m'avoir appris à conduire clandestinement en rentrant du hockey le soir, à tous nos week-end passés ensemble dans les patinoires de France, à tous nos moments de rire et de complicité partagés. Tu es une deuxième grande sœur pour moi et tu as toujours été un exemple à suivre. Reste comme tu es, tu vas bientôt devenir une maman en or. À toutes nos prochaines années.

À Françoise, merci d'avoir toujours été là pour moi quand j'en avais besoin, d'avoir rendu Bordeaux accueillant pour moi dès la PACES et de m'avoir donné un regard différent sur les choses. Tu as été d'une aide précieuse pour moi et d'un soutien sans faille. Merci pour toutes nos après-midi shopping et nos discussions en tête à tête autour de la table.

À toute l'équipe hospitalière de Limoges, je n'ai pas vu cette année passée tellement vous êtes géniaux. Marie, tu sais où me trouver si tu changes d'avis.

Table des matières

INTRODUCTION.....	12
1 L'IMPLANTOLOGIE	13
1.1 Généralités.....	13
1.1.1 Définition	13
1.1.2 Histoire	13
1.2 Généralités du traitement implantaire.....	15
1.3 Les risques d'échecs en implantologie.....	15
1.3.1 Risque anatomique.....	16
1.3.1.1 Le maxillaire supérieur	16
1.3.1.2 La mandibule	17
1.3.2 Risque infectieux	18
1.3.2.1 Mucosite	19
1.3.2.2 Péri-implantite.....	19
2 L'INFORMATION AUX PATIENTS	20
2.1 Définitions et obligations déontologiques.....	20
2.2 Évolution de l'information médicale et du consentement éclairé au fil du temps.....	21
2.2.1 Avant le 4 mars 2002.....	22
2.2.1.1 Le modèle paternaliste	22
2.2.1.2 Transition entre les deux modèles	22
2.2.1.3 Le modèle délibératif.....	23
2.2.2 Après le 4 mars 2002.....	23
2.3 L'information du patient en odontologie	25
2.3.1 Le consentement éclairé	25
2.3.2 L'information orale et écrite	26
2.3.2.1 Contenu de l'information	26
2.3.2.2 Qualité de l'information	28
2.3.2.3 Forme sous laquelle doit être délivrée l'information.....	28
2.3.2.3.1 L'entretien individuel	28
2.3.2.3.2 L'usage de documents écrits.....	29
2.3.3 Les obligations du chirurgien-dentiste dans le champ juridique	29
2.3.3.1 Le délai de réflexion.....	29
2.3.3.2 Le passeport implantaire	30
2.3.3.3 La preuve de l'information délivrée	31
3 L'ÉTUDE	34
3.1 Contexte et objectifs.....	34
3.2 Matériel et méthodes	34
3.2.1 Conception de l'étude	35
3.2.2 Échantillonnage	35

3.2.3	Analyse et résultats	36
3.3	Résultats	37
3.3.1	Cartographie de l'échantillonnage	37
3.3.2	Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique des connaissances du patient à propos de leur implant dentaire	38
3.3.3	Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la compréhension des risques associés à la pose et leurs changements dans leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire	39
3.3.3.1	Compréhension des risques associés à la pose	39
3.3.3.2	Changements dans les habitudes d'hygiène bucco-dentaire.....	39
3.3.4	Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de l'information et de leur ressenti vis-à-vis de leur implant dentaire.....	40
3.4	Discussion	42
3.4.1	Méthodologie	42
3.4.1.1	L'échantillon.....	42
3.4.1.2	Déroulement des entretiens.....	43
3.4.1.3	L'analyse	44
3.4.2	Résultats	45
3.4.3	Limites	48
	CONCLUSION.....	49
	BIBLIOGRAPHIE	50
	LISTE DES TABLEAUX.....	53
	ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENQUETE QUALITATIVE A PROPOS DES CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LEUR PRISE EN CHARGE IMPLANTAIRE	54

Introduction

Depuis la nuit des temps, la relation soignant-soigné a impliqué une interaction entre le médecin et son patient. Cette relation a évolué au fil des siècles, au gré des évolutions sociétales et de celles des lois régissant le domaine médical. Actuellement l'article 35 du Code de la santé publique rappelle qu'il est du devoir du médecin d'apporter à son patient une « information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ». Ce devoir fait écho aux grands principes de bioéthique énoncés en 1994 par T. Beauchamp et J. Childress (1), notamment celui d'autonomie. En effet, il incombe au soignant, dans le cadre d'une pratique de la médecine humaine et bienveillante, de permettre au malade d'avoir accès à une information suffisante pour être en capacité de prendre une décision la plus éclairée possible et consentir aux soins qui lui sont proposés. Permettre l'obtention de cette autonomie n'est toutefois pas le seul intérêt de l'information. En effet celle-ci permet aussi de favoriser la compliance au soin, l'observance des traitements prescrits, la prévention des complications et du risque de rechute par le biais d'une amélioration de la connaissance de la pathologie par le patient. La pratique de la dentisterie actuelle n'échappe évidemment pas à ces règles aussi bien éthiques que légales. Nous constatons toutefois depuis quelques années, une multiplication des litiges en odontologie et notamment dans le domaine de l'implantologie. Ceux-ci sont en partie dus à un défaut d'information, défaut total lié à une authentique absence d'information, ou partiel avec une information insuffisante, souvent mal comprise ou inadaptée au patient.

Nous nous sommes donc questionnés, dans le cadre de ce travail de thèse, sur l'information dans le domaine de l'implantologie et sur la qualité de l'information dispensée au sein du CHU de Limoges ainsi que dans un cabinet privé.

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous effectuerons dans un premier temps un rappel sur les informations nécessaires à transmettre au patient dans le cadre d'un traitement implantaire. Dans un second temps, nous présenterons une étude qualitative dont l'objectif est d'évaluer la qualité de l'information délivrée en fondant notre approche sur l'évaluation de l'état des connaissances du patient en période post-opératoire.

1 L'implantologie

1.1 Généralités

1.1.1 Définition

Avant l'implantologie, les techniques de prothèses conventionnelles ne permettaient pas de remplacer une racine dentaire absente ou ayant été extraite.

Un implant dentaire est un biomatériau placé chirurgicalement au niveau endo-osseux d'une crête édentée afin de servir d'ancrage à une prothèse dentaire. La réhabilitation implantaire est une thérapie de choix pour le traitement des patients édentés, scientifiquement documentée depuis plus de 30 ans.

La partie endo-osseuse est nommée implant ou en anglais « *fixture* », la partie émergente vissée dans l'implant est nommé pilier implantaire ou en anglais « *abutment* ».

1.1.2 Histoire

L'idée du remplacement de ces racines absentes par les implants n'est pas un concept nouveau. (2,3)

De nombreuses découvertes archéologiques attestent que des artifices trouvés sont d'origine minérale, animale et humaine. L'os, l'ivoire, les coquilles de mollusques, les pierres précieuses, les métaux ont été employée afin de remplacer des racines dentaires. Les premières tentatives connues d'implantation de dents ont été effectuées au temps des dynasties de l'Égypte ancienne (avant J-C à environ 450 après J-C). Des examens radiographiques faits sur des crânes issus des cultures précolombiennes témoignent du succès de l'intégration osseuse des racines artificielles en ivoire sculpté.

Pendant le Moyen Âge (jusqu'au XIXe siècle) le remplacement des dents s'est limité aux transplantations. Les transplantations étaient réalisées d'un patient à un autre par des barbiers-chirurgiens. Les dents étaient prélevées chez des individus de classe sociale défavorisée.

Ce n'est qu'au XIXe siècle que l'implantologie endo-osseuse a connu son essor avec en 1809, la pose par un chirurgien-dentiste (MAGGILIO), d'un implant en or dans un site post-extractionnel.

Au début du 20^e siècle, le développement de l'implantologie s'est accéléré grâce à l'étude de différents biomatériaux ainsi qu'à l'introduction des innovations chirurgicales et prothétiques.

Dans les années 1960-1970 des praticiens ont développé les implants lames, ces derniers manquaient d'études scientifiques rigoureuses et de données épidémiologiques. Dans la démarche intellectuelle de ces praticiens, le but était de retrouver la structure des tissus parodontaux autour d'une racine artificielle. Ils se satisfaisaient d'une interposition de fibre conjonctive entre l'os alvéolaire et l'implant, imitant un ligament alvéolaire. On parlait alors de fibro-intégration. Cependant, l'image radiologique radioclaire entre l'implant et l'os n'était bien souvent que le premier signe de l'inflammation ou de l'infection qui détruisait l'os alvéolaire et provoquait la perte de l'implant. Les premiers matériaux utilisés pour fabriquer les implants (acier, tantale...) n'étaient pas biocompatibles avec l'os et empêchaient l'ostéo-intégration de ceux-ci, ce qui conduisait à un rejet.

La notion de rejet prédominait alors et les taux d'échec allaient en augmentant avec le temps. Désormais, avec le titane, cette notion de rejet disparaît. La quasi-totalité des implants disponibles en 2010 sont en titane. Certains sont en zircone ou en polymère mais n'offrent pas encore le recul dont on dispose avec le titane attestant de leur fiabilité.

Pendant les années 1950, le professeur Per Ingvar Brånemark, (un chirurgien orthopédiste et chercheur d'origine suédoise) découvre par hasard l'exceptionnelle affinité du titane pour l'os vivant (4). Le premier matériau biocompatible devient alors le titane, qu'il décide d'employer à usage dentaire, notamment pour soigner les personnes édentées. À cette fin, il développe une vis représentant une sorte de racine artificielle destinée à soutenir une prothèse dentaire. Dès lors, les premiers patients porteurs de prothèse amovible totale de la mandibule sont équipés de prothèses fixées sur des implants.

Au milieu des années 1980, le Pr Brånemark, définit le phénomène d'ostéointégration, ce qui va révolutionner les thérapeutiques dentaires actuelles. Il la définit comme étant « une jonction anatomique et fonctionnelle directe entre l'os vivant remanié et la surface de l'implant mis en charge » (5) . Cette définition est la définition actuelle.

C'est à partir de 1981, en Suède, que débute la première exploitation commerciale d'implants en titane par le biais de la société Bofors Nobelpharma. Cette société issue d'un partenariat avec le Pr Brånemark deviendra plus tard Nobel Biocare.

1.2 Généralités du traitement implantaire

L'implant dentaire est indiqué dans un cas d'édentement *unitaire* ou *plurale*. Il a pour principal avantage d'apporter une solution de prothèse fixée ou alors d'améliorer la rétention de prothèses amovibles.

Les indications majeures sont l'agénésie et l'édentement unitaire avec dents adjacentes intactes et/ou associé à un diastème.

Les différentes étapes du traitement (implant, pilier et prothèse) doivent être parfaitement coordonnées : l'implant lui-même n'est qu'une racine artificielle qui est placée dans l'os. Sa taille est sensiblement identique à celle d'une racine naturelle.

Le comportement de la muqueuse péri-implantaire dépend de la qualité des tissus mous et de l'importance de l'enfouissement de l'implant (6,7). À la fin de la période de cicatrisation, l'interface tissu mou/implant est constituée de trois zones bien délimitées : le sulcus, l'attache épithéliale et l'attache conjonctive.

La vascularisation de la muqueuse péri-implantaire dérive des vaisseaux périostés. Elle est moins développée qu'autour d'une dent car cette dernière bénéficie de la vascularisation issue du ligament alvéolo-dentaire.

Il est important de prendre en compte que le projet prothétique est un facteur déterminant dans un plan de traitement implantaire.

1.3 Les risques d'échecs en implantologie

L'implantologie est devenue, au cours des vingt dernières années, une branche importante de la pratique de la chirurgie-dentaire. Selon une méta-analyse de 2019, le taux de survie des implants à 10 ans avoisine les 96%. Il demeure donc toutefois un risque d'échec, de rejet non négligeable d'environ 4% pour la plupart des indications (8).

Ces échecs sont d'autant mal vécus par les patients et par les praticiens puisqu'ils sont peu fréquents. Ils peuvent avoir lieu dès la préparation du plan de traitement, durant la phase chirurgicale ou celle de cicatrisation. La phase prothétique peut, elle aussi, occasionner des échecs lorsque le projet prothétique n'a pas été respecté ou correctement réalisé. Ils sont aussi grandement présents durant la phase de maintenance lorsque le praticien n'insiste pas sur son importance ou lorsque le patient néglige cette étape.

Le risque en implantologie existe et ne doit pas être négligé. Il est regroupé en 2 grandes parties, le risque anatomique et le risque infectieux.

1.3.1 Risque anatomique

Bien connaître son anatomie est alors primordial pour limiter le nombre d'erreurs liées à la pose d'un implant dentaire (9). En effet les maxillaires sont pourvus de nombreuses structures anatomiques telles que les sinus maxillaires, le canal du nerf alvéolaire inférieur et son nerf, les fosses nasales, ainsi que de nombreuses artères et veines. Les léser peut alors entraîner des complications post opératoires, pouvant aller jusqu'au décès du patient.

1.3.1.1 Le maxillaire supérieur

Il est l'os le plus volumineux de la face. Il est creusé d'une cavité, le sinus maxillaire, et s'articule avec tous les autres os de la face. Il constitue la paroi latérale des fosses nasales, le plancher des cavités orbitaires ainsi que la paroi supérieure de la cavité buccale. Sa partie inférieure détermine l'arcade dentaire supérieure. (10,11)

De forme pyramidale triangulaire, cet os complexe présente trois faces :

- Une *face supérieure* ou *orbitaire*, une face postéro-externe ou ptérygo-maxillaire, une face antéro-latérale ou jugale.
- Une *base interne* qui porte l'apophyse palatine et forme la paroi latérale des fosses nasales.
- Un *sommet externe* tronqué.

Les obstacles au maxillaire supérieur sont :

- Le *canal incisif*, situé dans la partie antérieure de la suture intermaxillaire, en arrière des incisives.
- Les *fosses nasales* limitent en hauteur l'implantation en secteur incisif.
- La *fosse canine* qui oblige à orienter l'implant en direction palatine pour éviter une effraction de la table osseuse maxillaire.

- Le *sinus maxillaire* qui voit son volume augmenter avec l'âge et avec la perte des dents sous-jacentes.
- Le *foramen grand palatin*, situé en palatin des deuxièmes molaires, qui oblige à éviter des décollements excessifs de la muqueuse palatine pouvant léser le paquet vasculo-nerveux.

1.3.1.2 La mandibule

La mandibule est un os impair et symétrique. Elle compose l'étage inférieur de la face et c'est le seul os mobile de la face. (10,11)

La mandibule comprend un corps et deux branches montantes :

- Le *corps* présente deux faces (une face externe qui contient les trous mentonniers et une face interne où s'étalent les apophyses géni ainsi que la ligne mylohyoïdienne) et deux bords (un bord supérieur siège des alvéoles dentaires et un bord inférieur très corticalisé).
- Les *branches montantes* présentent :
 - Deux faces : Externe, où se situe l'insertion du muscle masséter au niveau de son angle, et interne, qui contient l'orifice d'entrée du canal dentaire ainsi que les insertions du muscle ptérygoïdien médial
 - Quatre bords : Antérieur, où se trouve l'insertion du muscle buccinateur ; Postérieur ; Supérieur, composé du processus condyalaire et coronoïde ; et inférieur

Les obstacles mandibulaires :

- Le *canal alvéolaire inférieur*, qui part du foramen mandibulaire (branche montante) pour arriver au foramen mentonnier (branche horizontale). L'apparition d'un signe de Vincent (paresthésie labio-mentonnaire) peut signer un forage ou la mise en place d'un implant empiétant sur le canal alvéolaire inférieur.
- Le *foramen mentonnier*, au niveau de la face latérale du corps mandibulaire. Il est habituellement orienté en haut, en dehors et en arrière. Il peut constituer un piège

car le trajet canalaire peut être rétrograde, s'étendant sur plusieurs millimètres en avant du foramen mentonnier.

- Le *nerf incisif*, qui chemine en avant du foramen mentonnier dans le canal incisif.
- L'*artère submentale*, située à la face interne, voit souvent ses branches terminales pénétrer dans la symphyse mandibulaire.

1.3.2 Risque infectieux

Ce risque existe à tous les stades du traitement implantaire. Il peut aussi bien intervenir lors de la pose de l'implant que lors de la phase de cicatrisation ou durant la vie de l'implant sur l'arcade. Le praticien et le patient sont alors deux acteurs à part entière pour éviter une infection.

La chirurgie implantaire est un acte invasif, au même titre que la chirurgie buccale. Les anglo-saxons classent les actes de chirurgie orale dans la catégorie des actes à haut risque infectieux. Ils préconisent que les dispositifs médicaux doivent être stériles ou à usage unique. En France, une conférence de consensus organisée par la SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière) publiée en 2004 et actualisée en 2013 (12), émet des recommandations concernant la traçabilité et l'assurance qualité au bloc opératoire. Ces recommandations sont applicables en chirurgie dentaire.

Les réglages de l'occlusion de la prothèse sur implant sont aussi les garants d'une bonne stabilité de l'implant à long terme. Cependant cette condition n'est pas suffisante puisque le praticien doit apprendre au patient à assurer l'hygiène et l'entretien des implants.

Si le patient néglige son hygiène orale péri-implantaire, une inflammation de la gencive et des tissus durs peut se déclarer et porter atteinte au capital osseux. Le premier stade de l'inflammation est la mucosité. Il s'agit d'un état réversible qui n'atteint pas l'os entourant l'implant. En revanche, la péri-implantite entraîne des pertes osseuses, elles peuvent à terme remettre en cause le pronostic de l'implant. De nombreuses études ont montré l'origine bactérienne de la pathologie dont la flore est proche des parodontites dentaires. Les traitements et les mesures de prévention sont semblables à ceux utilisés en parodontie : nettoyage des sites, antibiothérapie, comblement avec des biomatériaux, motivation pour maintenir une hygiène adaptée.

La littérature met également en avant une autre hypothèse pour expliquer le rejet des implants. Cette hypothèse fait intervenir des principes immunologiques. Elle considère que la liaison implant/os est une cicatrice (plus susceptible aux réactions inflammatoires) et que la perte d'un implant suivrait les mêmes règles que le rejet de certains organes implantés. (13)

1.3.2.1 Mucosite

La mucosite est une lésion initiale du parodonte superficiel. Elle correspond à une inflammation réversible de la muqueuse péri-implantaire suite à une agression bactérienne.

Cliniquement, elle s'identifie par la présence d'une rougeur, un œdème, une inflammation tissulaire, une présence de plaque et l'existence d'un saignement au sondage. Non traitée, la mucosite amène à l'apparition de destructions plus sévères et irréversibles, atteignant le parodonte profond, et aboutissant à la péri-implantite.

1.3.2.2 Péri-implantite

La péri-implantite se définit comme une inflammation de la muqueuse péri-implantaire, associée à une perte osseuse péri-implantaire (Sixième conférence de consensus Européenne de Parodontologie, 2008)(14). Cliniquement, la lésion muqueuse est accompagnée d'une poche profonde avec saignement et/ou suppuration et perte d'os marginal.

D'après Mombelli et al, la prévalence de la péri-implantite à 5-10 ans serait de 10 % des implants et 20 % des patients (15). La mucosite péri-implantaire semble toucher environ 50 % des sites implantaire et 80 % des patients. Une prévalence plus élevée a été enregistrée pour les fumeurs (16).

Plusieurs facteurs de risque pouvant être associés à l'apparition et à l'évolution de la péri-implantite ont été identifiés (17) :

- Facteurs de risques *généraux* : antécédents de mucosite, antécédents de parodontite, facteurs systémiques (diabète, dyslipidémie, trouble de l'immunité), prédispositions génétiques
- Facteurs *environnementaux* : tabac, alcool
- Facteurs de *risques locaux* : rétention de plaque, fusée de ciment, gencive kératinisée de faible hauteur, état de surface implantaire, anatomie péri-implantaire (espace biologique)
- Facteurs *aggravants* : surcharge occlusale

2 L'information aux patients

2.1 Définitions et obligations déontologiques

Le terme information est défini au sens large comme étant une « Indication, renseignement, précision que l'on donne ou que l'on obtient sur quelqu'un ou quelque chose » et comme « tout événement, tout fait, tout jugement porté à la connaissance d'un public plus ou moins large, sous forme d'images, de textes, de discours, de sons. »

Au sens étymologique, l'information est ce qui donne une forme à l'esprit. Elle vient du verbe latin *informare*, qui signifie « donner forme à » ou « se former une idée de ».

L'information au patient, dans le domaine de la santé, consiste donc en une explication de la situation clinique actuelle et des stratégies thérapeutiques qui en découlent, leurs objectifs mais aussi leurs risques. Celle-ci se doit d'être, selon l'article R4127-35 du code de la santé publique, « loyale, claire et appropriée » (18) . Nous allons tenter de définir brièvement ce que signifient ces trois termes et par voie de conséquence les exigences relatives à une information satisfaisante.

La *loyauté* de l'information implique l'honnêteté de l'informateur, l'absence de mensonge quant à l'information donnée. Elle doit donc être empreinte de vérité, se fonder sur la réalité clinique et scientifique des circonstances de prise en soin et ne pas servir d'autres desseins que celui d'assurer le choix le plus éclairé et le plus juste possible concernant la santé du patient.

La *clarté* de l'information est assurée par un discours audible, intelligible ou la remise d'un document. Afin d'assurer celle-ci des efforts peuvent parfois être nécessaires au praticien pour rendre l'information accessible au patient. L'information doit donc permettre au patient de se faire une idée claire de son état de santé, des conséquences possibles des différentes stratégies thérapeutiques proposées, et ce quel que soit son niveau socio-culturel et malgré une fréquente absence de formation médicale préalable. Une information *appropriée* est une information adaptée au patient et à la situation clinique.

Nous pouvons ainsi attribuer plusieurs rôles à l'information au patient dans le champ de la santé :

Un rôle *éducatif, pédagogique* permettant de rendre la personne soignée la plus autonome possible quant au don de son consentement éclairé puis dans la participation future au maintien de son état de santé.

Une portée *morale et éthique*, l'information étant un des piliers de la relation professionnel de santé/patient. Une relation qui se veut bidirectionnelle, humaine et empathique et qui implique donc la capacité du soignant à préciser l'information donnée en fonction des questions et requêtes du patient tout en assurant à celui-ci un climat de confiance et de bienveillance.

Une visée *médico-légale et juridique*, car inscrite en tant que pré-requis à la bonne pratique des soins de santé dans la loi et les divers codes de déontologie. Son obligation assure le respect des droits du patient. Elle peut ainsi revêtir une valeur défensive en cas de litige si le praticien est capable d'apporter la preuve de celle-ci.

2.2 Évolution de l'information médicale et du consentement éclairé au fil du temps

Les prémices de l'information commencent chez *Hippocrate (400 av. JC)* avec les premiers concepts de la relation médecin – malade. Le principe du « *primum non nocere* » rappelle que le médecin ne doit jamais nuire au patient.

2.2.1 Avant le 4 mars 2002

2.2.1.1 Le modèle paternaliste

Historiquement, la relation chirurgien-dentiste/patient s'exprimait selon un modèle paternaliste. Le patient s'en remettait systématiquement à la décision de son chirurgien-dentiste. Le soignant était ainsi le seul responsable de la décision thérapeutique. La relation se fondait donc sur une délégation totale du pouvoir décisionnel au soignant par le malade. Le chirurgien-dentiste décidait des traitements à mettre en place selon des données scientifiques et empiriques mais également selon des valeurs qui étaient les siennes et non selon celles du patient, qui était écarté du raisonnement. Les seuls impératifs que le praticien devait respecter, étaient les principes de bienfaisance et de non-malfaisance. Ainsi, le rôle du patient dans cette relation le privait du droit fondamental à son autonomie et à son libre arbitre. (19)

La relation chirurgien-dentiste/patient se résumait donc à une proposition de soin inflexible qui, si en cas de refus, ne lui laissait que l'alternative de changer de professionnel.

Il existait donc de possibles dérives issues des limites inhérentes à ce modèle.

Tout d'abord, se présentait le risque d'infantilisation du patient. Ensuite venait la question de la notion morale de « bien » variable selon les valeurs de celui qui souhaite l'appliquer. Enfin, le praticien pouvait abuser financièrement de son patient, usant de sa domination devant un patient ignorant.

Ce modèle imparfait dans un monde en constante évolution, a subi une métamorphose progressive au gré de celle de la société.

2.2.1.2 Transition entre les deux modèles

Ce modèle a donc peu à peu évolué, vers la fin du XXe siècle vers un modèle dit délibératif. Parmi les principaux événements responsables de ce changement de paradigme, nous pouvons mettre en avant le développement plus poussé de l'éthique médicale induit notamment par les horreurs de la seconde guerre mondiale et les procès de Nuremberg. La nécessité de protéger l'homme contre les expérimentations cliniques et médicales déviantes, comme celles orchestrées par les nazis, devenait évidente.

L'amélioration des connaissances médicales, alliée à celle des techniques de communication et de diffusion de l'information a par la suite permis une démocratisation de la médecine. L'accessibilité au savoir médical rend ainsi la population capable de mieux comprendre les problématiques de santé et les soins qui y sont liés, de les discuter pour les accepter ou bien les refuser.

Aussi les multiples revendications et mouvements sociaux visant à promouvoir le principe d'autonomie de l'individu vis-à-vis des sources d'autorité ont pu jouer un rôle dans cette transition. Il est en est de même de l'autorité médicale, le patient pouvant progressivement réclamer une autonomie et une certaine liberté dans le choix de disposer de sa santé.

2.2.1.3 Le modèle délibératif

Le modèle délibératif s'est imposé vers la fin du XXe siècle. Il est fondé sur l'interaction entre la bienveillance, l'information, la technique de soin du chirurgien-dentiste et le choix du patient selon son état de santé, ses principes, son histoire. Ce modèle fait apparaître la notion de consentement du patient. Il implique donc qu'un dialogue soit instauré entre le praticien et son patient, qu'une information suffisante soit apportée pour garantir le bien fondé du consentement. Parizeau définit donc en 1993 le consentement comme l'acte autorisant le médecin à mettre en œuvre un traitement qu'il a au préalable explicité au patient (20). Le patient est alors autorisé, et même invité, à estimer l'impact de la décision médicale sur sa santé et sa vie et à déterminer si le traitement lui semble acceptable selon ses valeurs, ses spécificités individuelles.

Ce modèle garantit un meilleur respect des droits du patient et une collaboration plus forte entre celui-ci et son chirurgien-dentiste.

2.2.2 Après le 4 mars 2002

En lien avec l'évolution de la société, la relation malade soignant évolue. La loi de 2002 (21) en est un profond reflet. Une démocratie sanitaire s'instaure en plaçant le malade au centre du soin tout en le plaçant en acteur. Cela tient également à l'idée que la société, pour bien fonctionner, nécessite un bien être individuel et non simplement collectif,

donnant ainsi plus d'importance à l'individu de manière globale, et à la décision médicale en particulier.

Un modèle interprétatif (19) est donc mis en place : le choix thérapeutique résulte d'une interaction entre le praticien et son patient, avec une information préalable et des propositions thérapeutiques épousant au mieux les valeurs du patient. Nous pouvons donc parler de décision conjointe. Un des objectifs premiers est de remettre au centre du sujet les principes fondamentaux d'autonomie du patient, qui permet une sauvegarde de sa dignité en tant que personne humaine.

Pour le bon fonctionnement de ce modèle et une bonne prise de décision de la part du patient, l'information médicale est un élément primordial, et également un préalable indispensable à l'application effective d'autres droits, comme par exemple le consentement aux soins.

Devenu aujourd'hui plus actif et autonome, le patient participe aux options thérapeutiques. Il doit en effet accepter, hors cas d'urgence, de danger imminent ou d'abolition de sa capacité à consentir, les soins et traitements proposés avant même que ceux-ci ne débutent. Le consentement aux soins que recueillera le praticien sera considéré valide seulement si le patient a pu comprendre la nature exacte du geste proposé ainsi que les risques encourus, tout cela, grâce à une information qui lui aura été délivrée de façon loyale, claire et appropriée. Ce consentement préalable qualifié d'éclairé seul permet de légitimer l'atteinte à l'intégrité corporelle portée au patient. (22)

Les articles du code de la santé publique, introduits par la loi du 4 mars 2002, sont fortement inspirés des règles déontologiques.

Par le biais de la loi du 4 mars 2002, le droit du patient à l'information est assuré dans le chapitre premier intitulé "Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté". Ce chapitre détaille les situations dans lesquelles ce droit s'exerce. Cette évolution récente avait déjà été entrevue dans le code de déontologie de 1995 (article 35) et dans les jurisprudences de la Cour de Cassation. Elle est l'aboutissement d'un processus d'autonomisation des personnes et du patient, répondant à une demande croissante du corps social à plus d'autonomie et à une information de qualité supérieure.

L'article R4127-7 du Code de la santé publique stipule que : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur

non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ». Ainsi toutes personnes accèdent au droit à l'information.

2.3 L'information du patient en odontologie

2.3.1 Le consentement éclairé

La notion de consentement éclairé, qui implique que le soignant soit tenu de présenter clairement au patient tous les risques d'une conduite thérapeutique, est pourtant relativement récente.

La loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 dit qu'« Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Le consentement doit être libre, c'est-à-dire en l'absence de contrainte, et éclairé, c'est-à-dire précédé par une information.

Les qualificatifs libre et éclairé sont repris dans tous les attendus de jugement ayant trait aux problèmes de consentement. Par exemple, « le médecin ne peut sans le consentement libre et éclairé du patient procéder à une intervention chirurgicale » (Cass. civ. 11 octobre 1988).

La Jurisprudence a parfaitement défini quels étaient les enjeux pour le patient qui doit être en mesure de décider par lui-même s'il subira ou non les dangers inhérents à tout acte médical (Cass. civ. novembre 1969).

L'information puis le consentement sont des moyens de remédier à la fameuse dissymétrie relationnelle existant entre le praticien qui sait et le patient qui ignore. Aux termes de la loi Kouchner du 4 mars 2002, le malade devient acteur de cette décision : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique.

Tout patient, informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls. Il peut également estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis professionnel.

Face à la judiciarisation actuelle, le chirurgien-dentiste doit certes se prémunir face à un potentiel litige. Mais, encore une fois, il a le devoir de ne pas oublier l'enjeu éthique, fondateur des textes de loi : la qualité de la relation du praticien avec son patient doit primer. Le praticien a un devoir de conseil.

2.3.2 L'information orale et écrite

2.3.2.1 Contenu de l'information

À partir du moment où un soin est envisagé, le soignant se doit de délivrer à son patient toutes les informations nécessaires afin de lui permettre de prendre ce qui lui semble être la meilleure décision quant à son avenir. Il doit pour cela exposer les bénéfices et les risques de chaque option thérapeutique envisageable ainsi que le déroulement prévisible des soins. Finalement, il doit répondre le plus clairement possible aux questions posées par le patient (23).

L'information prend en compte la situation de la personne dans ses dimensions psychologiques, sociales et culturelles. Elle porte tant sur des éléments généraux que sur des éléments spécifiques, tenant compte des connaissances médicales avérées :

Sur quoi porte l'information ?

L'information doit porter sur (ce que disent les textes) :	Conséquences pratiques
L'état de santé du patient	Présence d'infection dentaire, de fragments d'instruments, de nécrose... Nécessitant le remplacement de la dent par un implant dentaire
Les investigations, traitements ou actions de prévention proposées	Réhabilitation prothétique, traitement orthodontique, soins...
Le rapport bénéfice/risques	L'utilité des soins ou traitements ou actions de prévention, leur urgence, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles : Risques inhérents à la prothèse : inadaptation, esthétique Risques inhérents à la pose : paresthésie, hémorragie Risques inhérents à une mauvaise maintenance : mucosite, rejet de l'implant
Les autres solutions possibles	Réhabilitation prothétique amovible Réhabilitation prothétique fixe Abstention
Les conséquences prévisibles en cas de refus de soins	Dégradation dentaire en cas d'absence de prothèses
Le coût	Non seulement le coût de l'acte en lui-même, mais également les éventuels coûts à venir Par exemple, dans le cas d'une pose d'implant avec aménagement pré-implantaire, le coût des interventions qui précèdent (radiographie en trois dimensions, sinus lift, greffe osseuse, greffe gingivale...) Dans le cas de la prothèse dentaire, penser à évoquer le coût de la prothèse, mais également la nécessité d'un renouvellement périodique

Tableau 1 : Tableau de la MACSF : *Les obligations du chirurgien-dentiste en matière d'information au patient.*

(Tableau d'origine modifié, ajusté à la pratique implantaire)

2.3.2.2 Qualité de l'information

Qu'elle soit donnée exclusivement de façon orale ou accompagnée d'un document écrit, l'information répond aux mêmes critères de qualité :

- Être synthétique, hiérarchisée, compréhensible par la personne et personnalisée
- Présenter, quand elles existent, les alternatives possibles
- Présenter les bénéfices attendus des actes ou soins envisagés, puis leurs inconvénients et leurs risques éventuels.

L'information porte sur les risques fréquents et, pour les risques normalement prévisibles, sur les risques graves, c'est à dire ceux qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel avec surtout la notion de handicap. L'information porte également sur les risques spécifiques à la personne et les précautions particulières à prendre pour les éviter. Au cours de cette démarche, le professionnel de santé s'assure que la personne a compris l'information qui lui a été délivrée, par exemple en lui demandant de reformuler l'entretien avec ses propres mots. (24)

Le professionnel de santé indique la proposition qui est sa préférence, en expliquant ses raisons. Il invite la personne à s'exprimer et à poser des questions sur les informations données. Il lui propose de revenir pour un autre entretien dans l'éventualité où elle se poserait des nouvelles questions. Il lui propose également, si nécessaire, de recourir à un second avis.

2.3.2.3 Forme sous laquelle doit être délivrée l'information

2.3.2.3.1 L'entretien individuel

Cet entretien individuel est primordial puisqu'il implique un dialogue et amène à la délivrance de l'information. Il permet d'ajouter des informations propres à la personne autre que celles génériques, de répondre à son questionnement et d'entendre ses préférences.

Cette étape requiert du tact, du temps, de la disponibilité et ce, dans un climat relationnel serein. La délivrance de l'information se fera de façon progressive et souvent en plusieurs

fois. Elle est réitérée à chaque entretien et donc régulièrement actualisée en fonction du questionnement propre de la personne.

Bien que l'entretien se veut individuel lors de la délivrance de l'information, le patient peut se faire accompagner d'une personne de confiance, si cela est son choix et l'entretien se fera en présence de cette tierce personne. Il est important de lui proposer que l'entretien soit en partie singulier, sauf si la personne s'y oppose

Dans le cas d'une personne malade ayant désigné une personne de confiance (article L. 1111-6 du Code de la santé publique) celle-ci prendra part à l'entretien et pourra poser toutes les questions que le patient aurait pu poser et recevoir toutes les explications qu'elle pourra répéter.

2.3.2.3.2 L'usage de documents écrits

L'information, qui est toujours *orale*, est *primordiale et obligatoire*

De nombreux documents écrits existent et peuvent être donnés au patient afin qu'il puisse s'y référer à posteriori ou en discuter avec d'autres personnes de son choix. Ce sont des compléments à cette information orale obligatoire et primordiale. Ces documents écrits permettent de susciter des questions qui amèneront des réponses de la part du professionnel.

Leur signature n'est pas obligatoire. Ces documents doivent être également disponibles en langue étrangère (les plus courantes) ou sur des supports adaptés (personne malvoyante). Des supports multi médias peuvent compléter l'information mais ne sauraient se substituer à l'information orale.

2.3.3 Les obligations du chirurgien-dentiste dans le champ juridique

2.3.3.1 Le délai de réflexion

Ces délais sont désormais définis à l'article 1122 du code civil : « La loi ou le contrat peuvent prévoir un délai de réflexion, qui est le délai avant l'expiration duquel le

destinataire de l'offre ne peut manifester son acceptation ou un délai de rétractation, qui est le délai avant l'expiration duquel son bénéficiaire peut rétracter son consentement ». Le délai est accordé pour réfléchir avant de s'engager, signer. C'est un délai de réflexion ou "d'acceptation". Il est amorcé avec la prise de connaissance du devis qui est remis en mains propres au patient à la suite d'exams cliniques et radiologiques approfondis. De plus, le devis doit être expliqué et détaillé au patient à l'oral.

Il est possible d'étudier le devis, le comparer, demander des précisions ou des explications dessus. Aucun versement d'argent n'est effectué avant la fin du délai, sauf exceptions. Uniquement à l'issue de ce délai, le devis pourra être signé. Un délai d'une semaine est souvent requis.

2.3.3.2 Le passeport implantaire

La Directive Européenne 93/42 art 1 qui fixe les règles de traçabilité, est effective pour les fabricants de dispositifs médicaux fabriqués sur mesure.

Un implant dentaire et sa prothèse implantaire entre dans cette catégorie : « Est considéré comme dispositif sur mesure tout dispositif médical fabriqué spécialement suivant la prescription écrite d'un praticien dûment qualifié, indiquant sous la responsabilité de ce dernier, les caractéristiques de conception spécifiques et destiné à n'être utilisé que pour un patient déterminé ». (25)

Afin d'assurer la traçabilité de ces dispositifs, le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes a mis à disposition des praticiens, en 2010, un document de référence, « *le passeport implantaire* », dont l'objectif est d'assurer un meilleur encadrement de la pratique implantaire au niveau de la traçabilité des dispositifs utilisés et du suivi des soins.

Dans cette optique, un nouveau règlement européen sur les dispositifs médicaux a été adopté en avril 2017 avec un échéancier de mise en œuvre dans les cabinets dentaires d'ici juin 2020. (26)

Le passeport implantaire qui répond aux différentes normes en matière de traçabilité comprend un volet « *Implant - Chirurgie* » et un volet « *Prothèse supra-implantaire* ». Il doit être complété par le chirurgien-dentiste qui pose les implants ainsi que par celui qui réalise le traitement prothétique (s'il ne s'agit pas du même praticien). Le passeport

implantaire doit systématiquement être remis au patient, lequel aura la responsabilité de le conserver précieusement. Une copie des références du passeport implantaire doit être conservé par le praticien ayant collaboré au plan de traitement.

Le volet chirurgical de ce document porte sur la préparation du site implantaire (greffe osseuse autogène, allogreffe, xéno greffe), la pose chirurgicale (implant, greffe osseuse autogène, allogreffe, xéno greffe, mise en charge, pilier trans-gingival) avec la date de réalisation, la marque des implants, la composition des matériaux utilisés, le nom du fabricant et le numéro de lot.

Le volet prothétique donne des renseignements sur la réalisation prothétique (prothèse fixe ou scellée), le type de ciment employé (provisoire ou définitif), son numéro de lot, le matériau utilisé pour le pilier prothétique et la prothèse fixée, le numéro de lot.

Le passeport intègre également un espace réservé au suivi médical délivré par le praticien.

La traçabilité de ces dispositifs permet au patient de connaître l'origine des matériaux posés (prothèses et implants) et de se retourner contre le fabricant en cas de défectuosité. Le règlement européen prévoit que, dans chaque pays, le chirurgien-dentiste joigne aux implants et aux prothèses sur implants, une « carte d'implant » qui reprend les informations à fournir au patient sur le dispositif implantable, y compris les mises en garde, précautions à prendre et toute information sur la durée de vie prévisible du dispositif.

2.3.3.3 La preuve de l'information délivrée

En 2018, 1996 déclarations ont été adressées par les chirurgiens-dentistes sociétaires de la MACSF et du contrat groupe Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, souscripteurs de 27860 contrats.

Le nombre total s'accroît par rapport à 2017, où pour rappel 1855 déclarations étaient reçues : soit une augmentation de presque 9 % cette année, de 30 % depuis cinq ans.

Ce panel largement représentatif et sans équivalence dans le domaine RCP des chirurgiens-dentistes, permet de déterminer une classification statistique catégorielle et typologique de la sinistralité déclarée. Cependant, il demeure difficile d'évaluer la sinistralité totale.

Avant la loi du 4 mars 2002, la charge de la preuve incombait au patient. Depuis la promulgation de cette loi, la preuve qu'une information « loyale, claire et appropriée » a été donnée est à la charge du praticien. Pour cela, il peut le prouver par plusieurs moyens. S'il existe un litige entre un praticien et son patient, le juge en charge de l'affaire pourra nommer un expert qui apportera un regard technique sur le cas. Il rendra en fonction de ses conclusions, une expertise qui pourra guider le choix du juge dans sa décision de justice.

Les experts vont se fonder sur plusieurs choses :

- *Le dossier médical : (27)*
 - Devis daté et signé au moins 15 jours avant les soins
 - Échanges oraux retranscrits dans le dossier clinique
 - Nombre de consultations
 - Le patient a déjà fait le même soin auparavant, s'il en fait un second, nous supposons qu'il est bien informé sur la technique

- *Présence de schémas*
 - Schéma dentaire annoté prouvant que le chirurgien-dentiste a donné des explications au patient
 - Radiographie annotée (par exemple le nerf dentaire surligné sur un cliché montre que le praticien a informé du risque de lésion du nerf)

- *Recherche d'un second avis*
 - Échanges de courriers avec un confrère : proposer au patient de rechercher un second avis lui permet d'appréhender l'acte médical et ses risques et de poser toutes ses questions au praticien et à son confrère

- *Présence d'un tiers à la consultation*
 - Traducteur si le patient ne parle pas bien le français
 - Représentant légal pour un majeur protégé
 - Parent pour un mineur

- *Témoignages*
 - D'autres patients
 - De l'assistant dentaire (valeur relative puisqu'il ou elle est préposée du chirurgien-dentiste employeur)

Ainsi la pratique de l'implantologie par les chirurgiens-dentistes repose sur des techniques précises qui ont démontré la preuve de leur efficacité. Il persiste toutefois des risques comme pour tout acte médical ou chirurgical. Ces risques peuvent exposer à des plaintes voire des litiges entre le patient et le praticien notamment en cas de défaut d'information. L'information reste donc une étape primordiale dans l'établissement de la relation soignant-soigné mais aussi pour favoriser le choix et la réalisation d'un geste dans des conditions optimales, limitant ainsi les risques d'échec mais aussi de litiges. Nous nous sommes donc intéressés à la qualité de l'information par le biais d'une étude qualitative à questionnaires semi-directifs. Cette étude sera présentée dans la partie qui suit.

3 L'étude

3.1 Contexte et objectifs

Les litiges en odontologie entre les patients et les praticiens ne cessent d'augmenter. Parmi les reproches faits aux professionnels de santé, les défauts d'information sont fréquents.

En 2018, une étude interne a été menée au niveau du CHU de Bordeaux sur l'information apportée aux patients recevant des soins implantaires. Les résultats montrent que 10% des patients affirment n'avoir reçu aucune information et que le support principalement utilisé était un livret fourni par les fournisseurs d'implants. Parmi les autres 90%, une moitié affirme avoir reçu une information orale et l'autre sous forme de ce livret. Aucun patient ne semble évoquer la présence de fiches d'information destinés aux patients concernant plusieurs disciplines, dont l'implantologie. Des protocoles d'information ont été mis en place.

L'objectif initial de notre travail de recherche consistait à confirmer les résultats de cette étude réalisée sur le CHU de Bordeaux, que l'information reçue par les patients n'était pas suffisante.

Nous avons toutefois décidé, devant un souci de mobilité de l'enquêteur principal, de délocaliser l'étude dans un autre CHU, celui de Limoges en Nouvelle-Aquitaine. D'autre part, au cours de la phase de réflexion, il nous a semblé pertinent de comparer l'information délivrée dans le public avec celle délivrée dans un cabinet d'implantologie privé de Limoges.

Nous nous sommes ainsi questionnés sur l'existence d'une différence entre la qualité de l'information délivrée dans le public et celle délivrée dans le libéral. Pour cela nous nous sommes concentrés sur les connaissances des patients.

3.2 Matériel et méthodes

Le but étant de recueillir le plus de données possibles et de laisser une liberté de parole au patient, nous avons choisi la méthode d'entretien semi directif.

Il s'agit alors d'une étude qualitative dont l'objectif est d'évaluer les connaissances et la compréhension des patients sur leur prise en charge implantaire et leur satisfaction par

rapport à l'information reçue (28,29) . Pour cela, nous réaliserons la création de deux échantillons de patients ayant reçu un ou plusieurs implants dentaires pour des cas de prothèses unitaires fixes, l'un au CHU de Limoges et l'autre dans un cabinet de ville composé de plusieurs praticiens, choisis par l'enquêtrice pour sa connaissance des lieux. Les patients seront interrogés à la suite de leur rendez-vous de contrôle post-opératoire par le biais d'un questionnaire ouvert synthétisant leur compréhension de la procédure implantaire.

3.2.1 Conception de l'étude

Nous avons recruté des patients de la période allant du 1er octobre 2018 au 30 Mars 2019. Les entretiens ont tous été dirigés par un seul opérateur et enregistrés intégralement de façon à favoriser leur retranscription ultérieure.

Dans ce but, nous avons élaboré, pour chaque patient une fiche de recueil concernant leurs données de type socio-démographique telles que le sexe et l'âge puis la localisation de leur implant et finalement leurs réponses aux différentes questions posées lors de l'entretien. Ces fiches ont été remplies au cours de l'entretien puis complétées grâce à l'enregistrement des entretiens.

Ces fiches sont anonymes, portant sur des données ne permettant pas une identification directe des personnes concernées, et ne visent à collecter que des informations strictement nécessaires et pertinentes au regard de la finalité de l'étude.

De plus, nous avons recherché un consentement oral ainsi que la non-opposition des patients au recueil de ces données qualitatives. Une réponse négative, entraînant immédiatement le retrait du sujet de l'étude.

3.2.2 Échantillonnage

Afin d'effectuer la sélection des patients dans l'étude, le critère d'inclusion suivant a été défini :

Pose nouvelle d'au moins un implant dentaire recevant une prothèse fixe unitaire

Nous avons exclu de l'étude les patients mineurs, sous mesure de protection ou n'ayant pas donné leur consentement à l'étude.

Compte tenu de l'objectif principal de l'étude, le nombre de sujets nécessaires a priori n'a pas été calculé. En effet, il s'agit d'une enquête qualitative répondant à la règle de la saturation des données pour fixer l'effectif de l'échantillon.

Après le sixième entretien semi-directif au CHU de Limoges, la phase de recueil de données a été interrompue. La lecture des entretiens effectués avait permis d'appréhender une saturation au niveau des réponses. Nous avons donc décidé d'interroger le même nombre dans le cabinet privé.

L'analyse a débuté après la retranscription de tous les entretiens.

3.2.3 Analyse et résultats

Après le douzième entretien, la phase de recueil de données a été interrompue. La lecture des entretiens a en effet permis de mettre en exergue une saturation au niveau des réponses.

L'analyse a débuté après la retranscription de tous les entretiens. Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot.

Chaque personne interrogée a été identifiée de façon aléatoire par un numéro allant de I à VI pour les patients implantés au CHU de Limoges et de 1 à 6 pour les patients implantés dans le cabinet de ville.

Chaque entretien retranscrit a été divisé en trois unités thématiques :

- La thématique des connaissances du patient à propos de leur implant dentaire.
- La thématique de la compréhension des traitements et des risques associés à la pose.
- La thématique de l'information et de leur ressenti vis-à-vis de leur implant dentaire.

Chaque extrait a ensuite été regroupé par unité thématique.

Des relectures attentives ont permis d'isoler les idées qu'elles soient récurrentes ou non dans chaque discours.

La synthèse de l'analyse est présentée dans les résultats.

3.3 Résultats

3.3.1 Cartographie de l'échantillonnage

La cartographie de l'échantillonnage est le premier résultat à présenter dans une enquête qualitative. Elle permet d'apprécier les différents profils des patients interrogés.

	Genre	Âge	Localisation de l'implant
I	Homme	62 ans	26
II	Femme	64 ans	46
III	Femme	68 ans	37
IV	Femme	61 ans	45
V	Homme	51 ans	25
VI	Femme	61 ans	17
1	Femme	83 ans	35
2	Femme	70 ans	32
3	Homme	43 ans	23
4	Femme	74 ans	24
5	Homme	66 ans	14
6	Homme	61 ans	26

Tableau 2 : Cartographie de l'échantillonnage

L'échantillon regroupe des profils variés, comprenant 5 hommes pour 7 femmes. L'âge des patients est compris entre 43 ans pour le plus jeune et 83 ans pour le plus âgé. La localisation des implants, quant à elle, est assez diversifiée 7 implants ayant été posés au maxillaire supérieur et 5 à la mandibule.

3.3.2 Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique des connaissances du patient à propos de leur implant dentaire

L'analyse des entretiens a montré qu'à la première question « Que savez-vous des implants dentaires ? », le sujet était globalement bien connu et compris des patients que cela soit au CHU ou dans le privé. En effet, le patient 3 déclare : « Ils remplacent une dent manquante totalement ». Le patient V nous raconte : « On a enlevé la dent, la racine, puis on scelle une vis dans l'os pour poser une dent en céramique », malgré le fait qu'il énonce une notion de scellement.

La notion de dent manquante est comprise et à cela s'ajoute le sentiment de fixité et de confort que les patients pensent bénéficier face à une solution prothétique amovible par exemple. En effet, les dires de la patiente 1 sont les suivants : « C'est le remplacement de dents de façon non mobile » alors que la patiente 4 avoue : « Ils m'ont évité la pose d'un dentier ».

La notion de performance et de supériorité face à une autre technique est aussi avancée par les patients. La patiente III souligne : « C'est remplacer une dent, et c'est plus performant » alors que la patiente IV nous raconte : « Il n'y a plus de dent, c'est une dent artificielle aussi solide que la dent naturelle ».

Cependant, seulement un patient évoque le matériau utilisé, de manière approximative en parlant de « dent artificielle avec implant métallique ». Aussi, aucun patient n'a réellement abordé les modalités de la pose des implants, à savoir l'acte chirurgical et les notions de titane et d'ostéo-intégration.

Les réponses des patients se sont donc en partie orientées vers les intérêts et indications des implants dentaires plus qu'à la technique de pose et aux caractéristiques de l'implant en lui-même.

3.3.3 Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de la compréhension des risques associés à la pose et leurs changements dans leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire

3.3.3.1 Compréhension des risques associés à la pose

À la question « Que savez-vous des risques médicaux et chirurgicaux associés à la pose ? », les réponses du panel venant du CHU étaient assez similaires. En effet, leurs réponses étaient ciblées sur le risque infectieux en lui-même et tous les patients l'ont mentionné sans exception.

Au sein du CHU, deux patients ont évoqué la compatibilité biologique de l'implant avec l'os mais de manière opposée. En effet, la patiente IV ajoute : « Il y a un risque de rejet » alors que la patiente III s'interroge : « Je n'ai jamais entendu parler de rejet pour l'implant, pourtant il doit bien exister ? ».

Le patient V et la patiente VI ont évoqué la douleur.

Seule la patiente II a parlé du risque anatomique lié à la pose en confiant : « Il y a le problème de mise en place, un risque pour la mâchoire ». L'omission de ce risque anatomique a été importante de même que celle liée au risque de rejet si le patient ne dispose pas d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

Le patient I finit en s'interrogeant « Oui, mais peut-être qu'il y a des risques que je ne connais pas et c'est aussi sûrement pas à vie les implants ? »

A contrario, les patients venant du privé étaient tous en accord pour rapporter qu'ils savaient peu de choses sur les risques encourus. Le patient 6 déclare « Rien, j'ai une confiance totale ! » alors que le patient 3 avoue « Je ne me suis pas renseigné sur ces risques car pour moi ils sont moindres. ». Seule une patiente du privé a évoqué un risque en déclarant « Il faut avoir une bonne gencive et de l'os pour faire tenir l'implant. ».

3.3.3.2 Changements dans les habitudes d'hygiène bucco-dentaire

À la question sur les modifications de leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire, les réponses étaient plus claires et plus sûres, et relativement harmonisées suivant les sites.

Les patients III, IV, V, VI et seule la patiente 1 ont affirmé utiliser une brosse à poils souples depuis leur opération. La patiente IV a précisé avoir gardé la brosse à dents souple seulement 15 jours après l'opération, puis est revenue à un poil moyen, voire parfois plus dur « Je préfère un poil plus dur, ça frotte mieux ! ».

Les patients II, III, IV et VI ont certifié avoir fait des bains de bouche à l'ELUDRIL les 15 premiers jours suivant l'opération, puis ont arrêté. La patiente II ajoute : « je l'ai fait car ils étaient sur mon ordonnance. »

De même la patiente III, qui utilise la brosse à dents souple et le bain de bouche, a suivi ces consignes seulement 15 jours, puis est revenue à ses habitudes.

Les patients II et VI ont ajouté l'utilisation du jet dentaire, mais l'utilisaient déjà avant l'opération pour remplacer les brossettes inter-dentaires. La patiente VI a même rajouté « Il faut suivre les contrôles, je vais rester sur la même fréquence, 1 fois par an », et c'est la seule à avoir mis en avant la maintenance implantaire.

Dans les deux groupes, issus du CHU ou du privé, certains patients ont confié « faire plus attention » et « mieux s'appliquer » au moment du brossage de leurs dents.

La patiente 4 assure que « c'est plus facile d'entretien qu'un dentier ! »

Dans la majorité des cas, les patients venant du privé ont avoué n'avoir changé aucune de leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire, et à aucun moment, la maintenance implantaire n'a été évoquée.

3.3.4 Résultats de l'analyse des entretiens sur la thématique de l'information et de leur ressenti vis-à-vis de leur implant dentaire

Les patients du CHU ont voulu expliquer comment ils étaient arrivés à être pris en charge au CHU. En effet, cette prise en charge se fait en relais de celle de leur chirurgien-dentiste traitant. Ceci est à prendre en compte car l'information a pu démarrer avant la prise en charge implantaire. D'autre part, il faut souligner la différence entre le privé et le CHU où seule la pose d'implant est réalisée tandis que le projet prothétique est assuré par leur dentiste traitant.

Donc à la question « Comment avez-vous recueilli toutes vos informations sur les implants ? », les réponses étaient assez similaires. Les patients II et VI ont répondu que celles-ci venaient de leur chirurgien-dentiste traitant. La patiente VI ajoute « Ma fille

travaille au CHU, elle était au courant qu'ils posaient des implants ici, car ça ne se sait pas trop, ils en posent très très peu, alors j'ai pris rendez-vous ».

Les patients I et IV ont un parcours assez similaire, ils n'ont pas été satisfaits de la façon dont ils ont été reçus dans le privé. Le patient I précise « Mon dentiste traitant voulait me faire une prothèse, un bridge, alors que mes dents allaient bien, alors je suis allé chercher des informations ailleurs, et j'ai un ami qui m'a dit d'aller ici ». Quant à la patiente IV, elle affirme : « Mon dentiste voulait me faire un implant ou un bridge, mais je n'étais pas du tout satisfaite de son accueil donc je suis allée ailleurs, ici en l'occurrence ».

Dans le panel des patients du CHU, certains affirment avoir obtenu les informations par eux-mêmes, en se documentant sur internet et en parlant à leur entourage.

Par contre, tous les patients du privé ont répondu avoir reçu l'information par leur chirurgien-dentiste traitant, autrement dit la personne qui leur a posé l'implant. Les patients 2 et 3 ont complété leurs informations en allant sur internet ou auprès de leurs proches.

Tous les patients se sont contentés de préciser qui leur avait conseillé la solution prothétique implantaire sans préciser les principes et modalités de cette information. Seule la patiente II issue du panel CHU est poussée plus loin ses explications. « J'ai aussi reçu des documents écrits descriptifs de l'intervention et de l'implant. Il y avait des images, des schémas et j'ai eu les explications du docteur. J'ai pu repartir avec tous ces papiers qu'il m'a donnés sous forme de livret ».

À la dernière question « Pensez-vous que l'information qu'on vous a donnée avant l'intervention chirurgicale était suffisante ? », deux patients ont répondu qu'ils n'étaient pas satisfaits de celle-ci. En effet, ils semblaient ignorer que le CHU ne réalisait que la partie chirurgicale et que la partie prothétique était assurée par leur chirurgien-dentiste traitant. Le patient V, qui avait obtenu les informations par son entourage et non par son dentiste, assure « Absolument pas, je pensais avoir mes dents directement » alors que la patiente IV raconte : « Je ne savais pas que c'était le dentiste qui finissait le travail ». Quant à la patiente VI, elle parle de l'intervention en elle-même : « J'ai eu mal pendant l'intervention et c'est vrai qu'on n'avait jamais abordé la possibilité de ressentir une douleur pendant. Après oui, mais pendant non. ».

Concernant le ressenti vis-à-vis de l'information transmise au panel du privé, toutes les réponses semblent en concordance. « Oui, on m'avait bien expliqué tout le déroulement »

affirme le patient 3 et la patiente 2 déclare « J'ai eu une bonne information qui m'a mise en confiance pour la suite ». Les autres patients, également étaient satisfaits.

Pour résumer, bien que les réponses soient assez différentes selon les sites, les patients semblent avoir globalement compris les tenants et aboutissants de leur prise en charge implantaire excepté ce qui concerne les risques et la maintenance. Nous pouvons constater un niveau de satisfaction plus important au sein du panel du privé alors que l'on constate un niveau de connaissance plus élevé au sein du CHU. A noter que les patients du privé ont affiché une tendance à se reposer sur la confiance qu'ils accordent à leur praticien implantologue.

En conclusion, les patients ont été globalement satisfaits par l'information qu'ils ont reçu, cependant les informations retenues nous semblent en partie insuffisantes. Notamment celles en lien avec les risques et la maintenance, deux thématiques importantes en ce qui concerne les litiges d'une part et la durée de vie de l'implant sur l'arcade d'autre part.

Nous allons donc maintenant discuter les résultats.

3.4 Discussion

3.4.1 Méthodologie

3.4.1.1 L'échantillon

L'étude devait initialement se tenir au CHU de Bordeaux, lieu d'étude de l'enquêtrice. Entre les différentes étapes administratives pour réaliser la thèse et mener à bien l'étude, l'enquêtrice a déménagé pour réaliser sa 6ème année d'étude en périphérie, à Limoges.

Pour des raisons de simplicité de réalisation, le centre d'enquête a donc été changé pour le CHU de Limoges. Au cours de l'enquête, nous avons trouvé pertinent d'élargir le panel à un cabinet de ville réalisant de l'implantologie à haute fréquence pour essayer d'objectiver une différence de qualité d'information ou non.

La sélection des patients s'est faite naturellement suivant les rendez-vous post opératoires programmés sur les agendas des implantologues. Lorsque le patient répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion, il a été ajouté à l'étude.

Les enquêtes qualitatives ont pour particularité d'avoir un échantillon restreint. L'échantillon ne peut pas être considéré comme statistiquement représentatif de la

population étudiée de par sa faible taille mais ce n'est pas ce qui est recherché dans les enquêtes qualitatives. Le faible nombre d'individus interrogés (12 patients) n'est pas une limite à notre étude, puisque l'enquête a été interrompue une fois le phénomène de saturation des réponses obtenu.

L'échantillon sélectionné est hétérogène aussi bien au niveau de l'âge des patients, de la localisation de l'implant que du sexe des patients interrogés. Cette hétérogénéité est purement fortuite, les patients n'ayant pas été sélectionnés au préalable. Toutefois, nous pouvons remarquer que l'âge moyen de 63,7 ans ainsi que la représentation importante de patients ayant un âge supérieur à 65 ans demeure en accord avec les données obtenues lors d'une étude de 2018 sur la caractérisation de la patientèle suivie en implantologie sur l'hôpital Saint-André de Bordeaux (30). En ce qui concerne les critères d'inclusion et d'exclusion, les patients interviewés possédaient tous un implant dentaire.

Les patients handicapés et les patients sous curatelle n'ont pas été sélectionnés considérant qu'ils peuvent nécessiter une prise en charge particulière et qu'il peut exister des variantes dans la transmission des informations aux patients devant être accompagnés dans leur décision de soin.

Les patients souffrant de la barrière de la langue ont également été exclu car les confusions au niveau de la compréhension et l'expression sont des biais dans les réponses qu'ils auraient pu donner.

Les patients dont la pose de l'implant est trop lointaine ont aussi été mis de côté. Nous avons en effet considéré leur information dénaturée avec le temps, ou basée sur des souvenirs et ainsi souhaité limiter le plus possible un biais de mémorisation.

La création de ce second échantillon a de surcroît permis une comparaison entre deux groupes afin d'évaluer les différences dans l'information dispensée dans le privé (cabinet de ville) par rapport à l'information dispensée dans le public (CHU).

3.4.1.2 Déroutement des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés en face à face après accord oral demandé au préalable. L'anonymat a été garanti dès le début des entretiens afin que les patients puissent s'exprimer librement sur leurs expériences et ressenti et ce, sans crainte d'être jugés.

Aucune limite de temps d'interview n'avait été fixée au préalable mais tous les entretiens se sont naturellement orientés sur une moyenne d'une dizaine de minutes. L'enquêtrice a jugé pertinent de ne pas couper la parole et de respecter les temps de silence des patients afin de ne pas les brusquer et de ne pas les bloquer.

À la fin de chaque entretien, nous avons souhaité laisser la possibilité au patient de poser des questions à l'enquêtrice et lorsque certaines réponses trahissaient des lacunes de connaissances à propos du sujet, l'enquêtrice a parfois jugé opportun de leur apporter certaines informations sans pour autant qu'ils en aient manifesté la demande.

La mise en place des entretiens était assez laborieuse. D'une part, les implantologues du CHU n'étaient pas toujours collaboratifs. D'autre part, il était difficile de trouver du temps lors du rendez-vous post-opératoire des patients. Beaucoup de patients qui auraient pu être inclus dans l'étude, ne l'ont pas été faute de coordination entre le praticien et l'enquêtrice. Par contre, dans le cabinet privé l'attente en salle d'attente était plutôt longue avant leur rendez-vous post-opératoire aussi nous disposions de plus de temps pour mener à bien les entretiens.

Par conséquent, il peut exister un biais dû au moment où l'entretien a été conduit, après le rendez-vous post-opératoires pour les entretiens au CHU et avant pour le privé.

Enfin, faire parler les patients était assez compliqué : ils semblaient méfiants et souvent sur la défensive. Peut-être se sentaient-ils jugés car nous les avions interrogés auparavant sur leur niveau de connaissance. C'est pourquoi, nous nous demandons si, par peur de voir leur prise en charge impactée par leur témoignage, les patients ont exprimé leur réelle satisfaction. Enfin, les patients ont pu être plus réticents à exprimer leur satisfaction auprès d'une enquêtrice elle-même praticienne bien qu'étudiante.

3.4.1.3 L'analyse

Le recueil des données et l'évaluation des connaissances peuvent se faire de plusieurs manières, comme par exemple à l'aide de questionnaires écrits à réponses ouvertes, à réponses courtes ou même par le biais de QCM (questionnaires à choix multiples).

Ici nous avons choisi l'étude qualitative. Un des problèmes majeurs de ce type d'étude est que l'enquêtrice est à la fois celle qui fixe les objectifs et celle qui réalise le recueil des données puis les analyse. Les enquêtes qualitatives souffrent donc d'un manque

d'objectivité du fait que l'enquêtrice est juge et partie. En connaissance de cause, l'enquêtrice a donc surveillé son comportement et ses tournures de phrases.

3.4.2 Résultats

Le but de ce travail était de mettre en évidence un manque de connaissances des patients sur leurs implants dentaires, en phase post opératoire, là où leur niveau de connaissances devait être le plus élevé. Un manque de connaissance pouvant être lié à un défaut d'information et entraîner des litiges ultérieurs.

Afin de discuter les résultats obtenus, nous allons les regrouper selon les trois thématiques énoncées plus haut. Dans un premier temps, pour chaque thématique, nous allons définir brièvement les différentes réponses que nous nous attendions à recevoir de la part des patients s'ils avaient reçu une information optimale et en avaient conservé un souvenir limpide. Dans un second temps, nous commenterons les réponses obtenues ainsi que celles absentes et de, finalement, tenter de comparer les données entre les deux groupes.

Pour la thématique « connaissance du patient à propos de leur implant dentaire », de nombreuses notions sur les caractéristiques de l'implant pouvaient être évoquées : sa forme, le matériau utilisé, la localisation, l'utilisation d'un procédé chirurgical pour la pose ou encore les avantages et inconvénients de ce type de chirurgie. Ce sont en somme les données que nous avons présentées dans notre première partie. S'il est clair que nous ne demandons pas aux patients d'acquérir en si peu de temps des connaissances que nous amassons en plusieurs années d'étude, il semble tout de même naturel d'attendre un minimum d'intérêt et de connaissance pour un élément prothétique susceptible d'être gardé de nombreuses années au sein de son propre corps afin de garantir son état de santé. Malheureusement, malgré une question ouverte, à champ large qui offrait une grande liberté d'expression et permettait de faire une synthèse de toutes leurs connaissances, aucun des patients n'a abordé le côté chirurgical des implants dentaires que ce soit ceux du CHU ou ceux du privé : ils se sont restreints à exprimer un des avantages d'avoir un implant : la fixité. Seulement deux patients nous ont parlé de matériaux en abordant la couronne en céramique et l'implant en parlant de partie métallique. Ils avaient tout de même tous intégrés le fait qu'un implant venait remplacer une dent manquante dans sa totalité. Il est ici difficile de dire si les patients n'avaient pas

ces connaissances ou s'ils n'ont pas jugé nécessaire d'approfondir leurs réponses. Ils ont pourtant été encouragés à le faire au cours des entretiens. Par cette méthode d'évaluation, il n'est pas certain que ce défaut de connaissance soit imputable à une insuffisance d'information. Une évaluation de la pratique des chirurgiens-dentistes devrait être menée pour appréhender la délivrance de l'information. Globalement, l'étude met en évidence que les patients ont une représentation positive des traitements implantaires.

La seconde thématique portait sur la « compréhension des traitements et des risques associés à la pose ». Ici nous attendions des réponses portant sur le geste chirurgical en lui-même et les risques liés à la pose de l'implant comme par exemple les douleurs, les saignements, les aléas thérapeutiques et éventuelles paresthésies post-opératoires ainsi que le risque infectieux et de rejet inhérents à toute chirurgie prothétique. L'importance d'une hygiène bucco-dentaire entourant le geste : avant pour prévenir au mieux le risque infectieux mais aussi et surtout après pour garantir une maintenance optimale était aussi une réponse vivement attendue. Tous les patients ont unanimement évoqué le risque infectieux mais presque aucun n'a mentionné les risques dits anatomiques. La douleur n'a été évoquée que par une seule et unique patiente, celle-ci a toutefois été étonnée de ressentir des douleurs au cours de l'opération. Il semble donc cohérent de constater que les patients avaient bien saisi l'importance de la prévention du risque infectieux principalement en pré-opératoire dans le panel issu du CHU, cette notion était cependant bien moins présente chez les patients du privé. En effet dans le privé, les patients ont donné l'impression d'avoir fait fi des risques encourus ce qu'ils ont justifié par une confiance importante envers leur praticien habituel. Un patient a pu aller jusqu'à dire ne pas s'être renseigné sur les risques car il les a spontanément considérés comme négligeables. Ici il nous semble important de relever la notion de démarche de renseignement à l'initiative du patient. Bien qu'évoquée par ce patient, elle semble avoir peu été entreprise car comme l'ont souligné la plupart des sujets de l'étude, ils ont choisi de faire confiance à leur praticien et à l'information que celui-ci leur a donné. La recherche de renseignements supplémentaires peut faire office de support de discussion dans le choix d'un traitement lorsque le patient n'est pas satisfait par l'information proposée ou lorsqu'il existe un questionnement persistant quant au procédé thérapeutique à choisir. Cette démarche que peut entreprendre le patient est révélatrice de l'évolution de modèle de relation soignant-soigné, plus bilatéral que par le passé. Paradoxalement, malgré cette possibilité grandissante via les multiples sources d'information disponibles de nos jours,

les patients ne l'ont que peu employé grâce à la confiance qu'ils ont en leur praticien. Le sujet de la maintenance implantaire n'a jamais été abordé par les patients de l'étude alors que c'était une réponse vivement attendue de par son importance grandissante. Elle a comme objectif d'assurer à long terme, la pérennité des traitements, de prévenir les réactions inflammatoires, les pertes d'attaches et les récives de la maladie parodontale (31). On peut se demander si le patient n'a pas trouvé judicieux de l'aborder ou alors s'il n'en a pas saisi son importance dû à un manque d'appuis d'importance de la part du chirurgien-dentiste. Si l'absence de mention de ce sujet est effectivement due à un défaut dans l'information ou dans la réception de celle-ci, il pourrait s'avérer nécessaire de mettre l'accent sur cette démarche et ce qu'elle implique auprès des patients afin d'en optimiser la réussite tant celle-ci demeure primordiale dans la longévité des implants.

En ce qui concerne la troisième et dernière thématique, dite « de l'information et du ressenti des patients vis-à-vis de leur implant dentaire », elle nous renseigne justement sur les éventuelles méthodes d'obtention d'informations supplémentaires par les patients. Dans le privé, tous se sont contentés de l'information apportée par leur dentiste traitant sauf un unique patient qui est allé faire quelques recherches sur internet mais aussi auprès d'amis déjà implantés. Dans le public, les patients ont reçu une information en plusieurs temps : initialement par leur chirurgien-dentiste traitant qui, ne posant pas d'implants, les a donc orientés après avoir proposé plusieurs options thérapeutiques ne convenant pas aux patients puis par l'implantologue du CHU à l'aide notamment de livrets d'information. Un seul a ressenti la nécessité d'asseoir ses connaissances via internet. Ici, la différence la plus notable, au-delà de la dynamique en plusieurs temps de la prise en charge au CHU par rapport à la prise en charge dans le privé, reste l'absence d'évocation de la documentation papier pourtant bien reçue par les patients du privé. Peut-être ces livrets ont-ils été confondus avec les multiples documents administratifs et devis communiqués sensiblement au même moment. Dans leur totalité, les patients disent avoir reçu une bonne information que ce soit au CHU ou dans le privé malgré le fait qu'ils aient exprimé différemment la façon dont ils l'ont reçu. Un bémol est toutefois apporté par l'ensemble des patients du CHU concernant leur incompréhension vis-à-vis de la distinction entre la pose de l'implant au CHU et celle de la couronne qui sera ultérieurement faite par leur dentiste traitant. Il semble exister un niveau de satisfaction élevé de la part des patients cependant ce type d'incompréhension si la preuve de l'information n'est pas apportée par le praticien peut faire le lit de litiges futurs. Bien

qu'incommodé par le fait de ne pas avoir leur nouvelle dent immédiatement, les patients du CHU n'ont pas évoqué de velléités de plainte ou autre action de ce type. Au total, la satisfaction quant à l'information apparaît plus importante dans le privé qu'au CHU sans que cela ne semble réellement garantir une meilleure connaissance vis-à-vis de l'implant. Ce phénomène s'explique peut-être en partie par la confiance et l'habitude déjà évoquées plus haut.

3.4.3 Limites

Premièrement, le choix d'une enquête qualitative demeure limité quant à la possibilité d'évaluer des connaissances. En effet, elle s'adresse à des échantillons plutôt faible et pas nécessairement représentatif de la population générale.

Ensuite, dans le recueil d'information, il est possible que le statut de l'enquêtrice, à savoir professionnelle de santé, ait pu représenter un frein pour les patients quant à l'expression de leurs connaissances. En effet, nous ne pouvons pas exclure que ceux-ci aient pu se sentir jugés vis-à-vis de lacunes ou autre manque de savoir inhibant leur capacité à répondre de peur de commettre des erreurs.

Dans les réponses apportées par les patients, bien que les questions aient été posées peu de temps après l'acte chirurgical, un biais de mémorisation demeure possible notamment vis-à-vis de l'information. Aussi un biais de désirabilité sociale peut s'exprimer principalement quand les patients sont invités à donner leur avis, d'autant plus que les évaluations ont été faites en face à face avec le patient.

D'autre part, le faible nombre de praticiens rend difficile la possibilité d'extrapoler à plus grande échelle sur les éventuelles forces et faiblesses actuelles de l'information en implantologie. En effet, un seul praticien était concerné au CHU et seulement deux dans le privé.

Le niveau socio-culturel et économique des patients n'a pas été relevé, cependant il aurait été intéressant de comparer les réponses en en tenant compte.

Finalement, il existe un biais provenant du fait que c'est l'enquêtrice elle-même qui a procédé à l'analyse des données.

Conclusion

Avec l'évolution de la relation soignant-soigné, l'information prend une place de plus en plus importante pour permettre au patient de participer pleinement à sa prise en charge. Si celle-ci est incorrectement réalisée, elle expose à plusieurs risques dont celui de favoriser l'apparition de litiges entre le praticien et son patient, litiges qui s'avèrent de plus en plus fréquents notamment dans le domaine de l'implantologie (32) .

S'assurer de délivrer une information de qualité dite claire, loyale et appropriée est une des clés pour réduire ces litiges et améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés à la qualité de cette information auprès des patients.

Notre étude qualitative semi-directive se penchait donc sur la qualité de l'information reçue par des patients d'implantologie, leur niveau de satisfaction vis-à-vis de celle-ci, les connaissances qu'ils en retiennent et sur les éventuelles différences entre le service public par le CHU et le privé à Limoges. Il en ressort un niveau de satisfaction plus élevé dans le privé mais qui ne semble pas être corrélé à un meilleur niveau de savoir quant à leur implant et aux moyens de le maintenir au mieux en bon état.

Il semble possible d'améliorer l'information, à défaut de la rendre plus systématique et d'en assurer un traçage afin de limiter les litiges. Toutefois, nous nous demandons à quel point d'éventuelles améliorations pourraient avoir un impact sur la prise en charge. Autant des bénéfices peuvent être attendus en ce qui concerne la maintenance de l'implant et la poursuite d'une bonne hygiène bucco-dentaire, autant il ne semble pas réellement envisageable d'espérer une amélioration des conditions opératoires, les patients ayant déjà globalement intégré les risques sur lesquels ils pouvaient agir à savoir le risque infectieux. De futures études pourraient permettre de clarifier les modalités d'informations optimales et le véritable impact de celles-ci sur la fréquence des litiges mais aussi la réussite des soins.

Pour conclure, le fait d'apporter une information juste et qualitative demeure primordial tant sur un plan légal que sur un plan technique mais aussi humain afin de permettre une pratique rigoureuse de la dentisterie tout en garantissant une relation empathique et de confiance entre le soignant et le patient.

Bibliographie

1. Beauchamp TL, Beauchamp P of P and SRSTL, Childress JF, Childress UP and HP of EJP. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press; 2001. 470 p.
2. Abraham CM. A Brief Historical Perspective on Dental Implants, Their Surface Coatings and Treatments. *Open Dent J.* 16 mai 2014;8:50-5.
3. Cavézian R. Évolution historique du concept implantaire : passé, présent et futur des moyens prédictifs d'imagerie. 2007;6.
4. Branemark R, Bahuaud J, Bertrand M. L'Ostéointégration : un nouveau concept chirurgical dans la réhabilitation des amputés. 2006;5.
5. BRANEMARK PI., ZARB GA., ALBREKTSSON T. Tissue-integrated prosthesis : osseointegration in clinical dentistry. 1985;
6. Berglundh T, Lindhe J, Ericsson I, Marinello CP, Liljenberg B, Thornsen P. The soft tissue barrier at implants and teeth. *Clin Oral Implants Res.* 1991;2(2):81-90.
7. Listgarten MA, Lang NP, Schroeder HE, Schroeder A. Periodontal tissues and their counterparts around endosseous implants [Internet]. *Clinical Oral Implants Research.* 1991.
8. Howe M-S, Keys W, Richards D. Long-term (10-year) dental implant survival: A systematic review and sensitivity meta-analysis. *J Dent.* 2019;84:9-21.
9. Stephan G, Noharet R, Berteretche MV, Mariani P. Risques anatomiques à la mandibule en chirurgie implantaire. 2006;12:16.
10. NETTER FH. - Atlas d'anatomie humaine. 4^{ème} éd. Paris : Masson, 2009.
11. PELLETIER - Anatomie maxillo-faciale. Paris: Maloine, 1969.-559p.
12. Gestion préopératoire du risque infectieux - Mise à jour de la conférence de consensus 2004 [Internet]. SF2H.
13. Coli P, Christiaens V, Sennerby L, Bruyn HD. Reliability of periodontal diagnostic tools for monitoring peri-implant health and disease. *Periodontol 2000.* 2017;73(1):203-17.
14. Lindhe J, Meyle J. Peri-implant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology. *J Clin Periodontol.* 2008;35(s8):282-5.
15. Mombelli A, Müller N, Cionca N. The epidemiology of peri-implantitis. *Clin Oral Implants Res.* oct 2012;23:67-76.

16. Atieh MA, Alsabeeha NHM, Faggion CM, Duncan WJ. The Frequency of Peri-Implant Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Periodontol*. 13 déc 2012;1-15.
17. Rocchietta I, Nisand D. A review assessing the quality of reporting of risk factor research in implant dentistry using smoking, diabetes and periodontitis and implant loss as an outcome: critical aspects in design and outcome assessment. *J Clin Periodontol*. 2012;39(s12):114-21.
18. Code de la santé publique - Article R4127-35. Code de la santé publique.
19. Lahalle MO. Balint Michael, Le médecin, son malade et la maladie. *Rev Fr Sociol*. 1961;2(1):106-8.
20. Hottois G, Parizeau M-H. Les mots de la bioéthique: un vocabulaire encyclopédique. De Boeck Université; 1993. 375 p.
21. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
22. Santin A. Information, consentement, refus de soins. 2019;8.
23. Romdane H, de Mello G. L'implantologie dans le champ juridique et déontologique - 1. Les obligations du chirurgien dentiste. *Médecine Buccale Chir Buccale*. 2008;14(2):85-95.
24. Deeb G, Wheeler B, Jones M, Carrico C, Laskin D, Deeb JG. Public and Patient Knowledge About Dental Implants. *J Oral Maxillofac Surg*. juill 2017;75(7):1387-91.
25. ANSM, Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé. SYNTHÈSE CAMPAGNE D'INSPECTIONS SUR LES IMPLANTS DENTAIRE. 2019;14.
26. RÈGLEMENT (UE) 2017/ 746 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL - du 5 avril 2017 - relatif aux dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et abrogeant la directive 98/ 79/ CE et la décision 2010/ 227/ UE de la Commission. :157.
27. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
28. P. Paillé, A. Mucchielli. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.
29. A. Blanchet, A. Gotman. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris; 2007.
30. Martin A. Caractérisation d'une patientèle suivie en implantologie dans le service d'odontologie de l'hôpital Saint André à Bordeaux. 17 déc 2018;51.
31. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. *J Clin Periodontol*. 2004;31(9):749-57.

32. Ordre national des chirurgiens-dentistes. Le taux de sinistralité reste orienté à la hausse [Internet]. 2014.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau de la MACSF : Les obligations du chirurgien-dentiste en matière d'information au patient

Tableau 2 : Cartographie de l'échantillonnage

Annexe 1 : Guide d'entretien pour l'enquête qualitative à propos des connaissances des patients sur leur prise en charge implantaire

Que savez-vous des implants dentaires ?

Que savez-vous des risques médicaux et chirurgicaux associés à la pose ?

La pose de cet implant implique t'elle des modifications dans vos habitudes d'hygiène bucco-dentaire ?

Comment avez-vous recueilli toutes vos informations sur les implants ? Internet ? Famille ? Dentiste traitant ? Presse ?

Pensez-vous que l'information qu'on vous a donnée avant l'intervention chirurgicale était suffisante ?

Les données recueillis ont concerné :

- Les données sociodémographiques :
 - Sexe
 - Age
- La donnée médicale suivante :
 - Localisation de l'implant

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

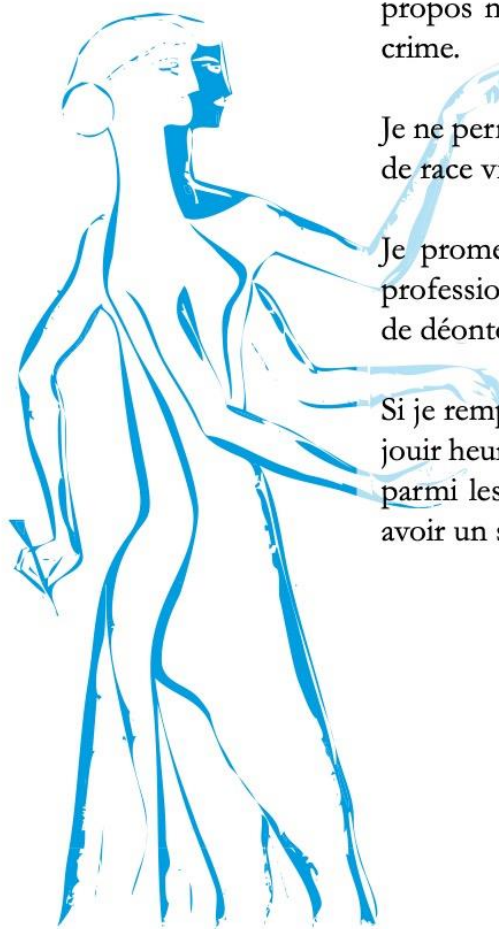
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Titre : IMPLANTOLOGIE ET INFORMATION DU PATIENT : ETUDE QUALITATIVE SUR LES CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LEUR PRISE EN CHARGE IMPLANTAIRE AU SEIN DU CHU ET D'UN CABINET PRIVÉ DE LIMOGES

Résumé : Alors que l'évolution de la relation soignant-soigné implique une importance grandissante de l'information dans la prise d'une décision éclairée du patient quant au choix du traitement reçu, les litiges se font aussi de plus en plus nombreux en implantologie. Ils peuvent s'expliquer par une information parfois insuffisante, ou ne répondant pas aux critères d'une information claire loyale et appropriée requis par le code de la santé publique. Nous avons donc réalisé une étude qualitative dont l'objectif est d'évaluer la qualité de l'information en implantologie par le biais d'une évaluation des connaissances et de la compréhension des patients sur leur prise en charge implantaire et leur satisfaction par rapport à l'information reçue. Nous avons aussi souhaité comparer la qualité de l'information entre des prises en charge privées et des prises en charge au CHU de Limoges. Pour cela, des patients ont été interrogés à la suite de leur rendez-vous de contrôle post-opératoire par le biais d'un entretien semi-directif avec un questionnaire ouvert. 12 patients ont été interrogés. Le niveau de connaissance des patients était assez peu élevé et les risques interventionnels peu connus. Pourtant la satisfaction demeurait importante. Ainsi le niveau de satisfaction a paru globalement élevé sans que celui-ci ne semble lié à un niveau de connaissance élevé. Une amélioration de l'information doit être possible afin de consolider les connaissances des patients, favorisant ainsi le bon déroulement de l'intervention et la maintenance implantaire ultérieure tout en diminuant le risque de litiges.

Mots clés : **information ; implantologie ; odontologie ; satisfaction ; étude qualitative**

Title : IMPLANTOLOGY AND PATIENT INFORMATION : A QUALITATIVE STUDY ON PATIENTS' KNOWLEDGES AND THEIR IMPLANTORY CARE IN LIMOGES' PUBLIC HOSPITAL AND PRIVATE PRACTICE.

Abstract : Patient-carer relationship's evolution involve a growing importance of information in order to allow the patient to take an informed decision concerning their treatment choice. However disputes and lawsuits are more and more frequent in implantology. This fact can be explained by an insufficient information which might not respond to the criterias of an intelligible, loyal and appropriate information according to the french code of public health. We realised a qualitative study that aimed at assessing the quality of the information in implantology by an evaluation of knowledges and understanding of patients about their implantory care and of their satisfaction beside the information given. We also wanted to compare the information quality between private practice and hospital practice in the city of Limoges. Interrogations of the patients took place after their one week post-operative follow-up appointment with a semi-directive open survey. 12 patients were surveyed. Their level of knowledges was quite low and interventional risks were not really known. Though, their satisfaction level was still important. Hence, the satifaction level seemed high without being linked to a high level of knowledges. Amelioration of the information must be possible to strengthen the patients knowledges and so encourage the good progress of the operation and the implantologic maintenance as well as decreasing the risk of disputes.

Keywords : **information ; implantology ; odontology ; satisfaction ; qualitative study**